

## **АНАЛИЗ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ МАНИФЕСТАЦИИ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Немцов Л.М., Дроздова М.С.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Цель – оценить значимость психовегетативных и некоторых других факторов в формировании клинической манифестации хронической билиарной патологии.

Материал и методы: обследовано 269 больных (125 человек мужского и 144 – женского пола) в возрасте от 15 до 65 лет (в среднем,  $38,23 \pm 0,72$  года) с билиарной патологией: хронический некалькулезный холецистит (ХНХ; по МКБ-10 К 81.1) - 152 больных, желчнокаменная болезнь (ЖКБ; К 80) - 52 больных, дисфункция желчного пузыря (ДЖП; К 82.5) - 65 больных. Контрольную группу составили 54 практически здоровых человека (24 - мужского пола и 30 - женского пола) в возрасте от 19 до 58 лет (в среднем,  $35,31 \pm 1,57$  года,  $p=0,0962$ ).

Диагноз «хронический холецистит» верифицировали на основании клинических данных, характерных изменений стенки желчного пузыря по данным эхографии и результатам исследования дуоденального содержимого (микроскопия осадка и биохимический анализ) (П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко, 1996; И.В. Маев и соавт., 2003; Ю.Х. Мараховский, 1995). Диагноз «желчнокаменная болезнь» устанавливался на основании выявления в просвете желчного пузыря конкрементов. Диагноз «дисфункция желчного пузыря» основывался на рекомендациях Римского консенсуса (1999 г.).

По данным анкетирования больных оценивалась субъективная клиническая симптоматика: самооценка боли, диспепсии и общего самочувствия. По данным физикального обследования оценивали объективные характеристики болевого синдрома: локализацию боли при пальпации живота; болевые точки и зоны при перкуссии и пальпации с выделением следующих групп болевых симптомов: 1-ая группа - сегментарные рефлекторные симптомы (симптомы Маккензи, Боаса, Алиева, зоны Захарьина-Геда); 2-ая группа – рефлекторные болевые точки и зоны в правой половине тела вне сегментов иннервации билиарной системы (Мюсси, Бергмана, Ионаша, Харитоновы); 3-я группа – симптомы непосредственного (Мерфи, Кера, Гаусмана,

Лепене-Василенко) или опосредованного раздражения желчного пузыря (Ортнера-Грекова) (Я.С. Циммерман, 1992).

Ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчевыводящих путей осуществлялось методом эхотомографии желчного пузыря на аппаратах ультразвуковой диагностики «Simiens Sonoline SL-1» и «Sonoace 3200» по общепринятой методике. Состояние моторики желчного пузыря оценивали по показателям динамической эхографии желчного пузыря при выполнении пероральной холекинетической пробы с 20,0 г сорбита.

Количественная оценка функциональной активности уровней вегетативной регуляции проводилась на основании анализа мощности частотных составляющих спектра сердечного ритма (в условных единицах) (Р.М. Баевский, 1984, 2001; Heart rate variability, 1996; А.М. Вейн, 2000) с помощью устройства, которое включает в себя аппарат ЭКГ и аналогово-цифровой преобразователь, и программное обеспечение (Ю.В. Алексеенко, С.Г. Комиссаров, 1994). Все элементы этого обеспечения соответствуют требованиям стандартов измерения, физиологической интерпретации и клинического использования показателей кардиоинтервалометрии (1996).

Для количественной оценки (в баллах) функционального состояния уровня вегетативной регуляции, связанного с высшими психическими (когнитивными) функциями коры головного мозга, применены психологические вопросники Тейлора и Спилбергера-Ханина, с определением уровней личностной и реактивной тревожности, и вопросник для выявления признаков вегетативных изменений А.М. Вейна (2000). Статистическая обработка полученных данных проведена на персональном компьютере при помощи стандартного пакета программ “Statistica”, версия 5.0. (С. Гланц, 1998; В.И. Сергиенко, И.Б. Бондарева, 2000).

По данным дисперсионного анализа обнаружено, что объективные характеристики болевого синдрома, оцениваемые по физикальным болевым симптомам, наиболее тесно взаимосвязаны с локальной морфологической составляющей патологического процесса в желчевыводительной системе – с содержимым ( $p=0,0001$ ) и состоянием стенки желчного пузыря ( $p=0,000224$ ); умеренно взаимосвязаны с балансом активности надсегментарного и симпатического уровней вегетативной регуляции ( $p=0,004099$ ), определяемого по индексу активации подкорковых центров во время опорожнения желчного пузыря, и полом больного ( $p=0,004099$ ).

Субъективная характеристика болевого синдрома, оцениваемая по данным анкетирования больных, более тесно взаимосвязана с

факторами функционального и общего характера – балансом активности надсегментарного уровня вегетативной регуляции и симпатического отдела ( $p=3,27 \times 10^{-10}$ ), определяемого по индексу активации подкорковых центров в покое; типом моторики ( $p=0,00001$ ) и содержимого желчного пузыря ( $p=0,0051$ ); и демографическим факторами (возраст, пол) ( $p=0,00001$ ).

Обнаружены следующие наиболее значимые ассоциации субъективная диспепсической симптоматики: - пола больных и тошноты ( $p=0,00001$ ), рвоты ( $p=0,0071$ ); возрастной группы и горечи во рту ( $p=0,00001$ ); - баланса активности надсегментарного уровня вегетативной регуляции и симпатического отдела, определяемого по индексу активации подкорковых центров, и рвоты ( $p=0,000387$ ), тошноты ( $p=0,009765$ ); - доминирующего сегментарного уровня вегетативной регуляции, определяемого по моде частоты сердечного ритма, и изжоги ( $p=0,009705$ ); состояния стенки желчного пузыря и горечи во рту ( $p=0,00301$ ); - координации моторики желчного пузыря, определяемого по показателю латентного периода, и рвоты ( $p=0,00965$ ); дисмоторики верхних отделов пищеварительного тракта, оцениваемой по эндоскопическим признакам гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюкса, и изжоги ( $p=0,0009$ ).

У больных с билиарной дисфункцией, при которой преобладают общие и функциональные составляющие патологического процесса в желчевыделительной системе, объективная оценка болевого синдрома, определяемая по самооценке локализации боли при пальпации, наиболее тесно взаимосвязана с активностью надсегментарных вегетативных механизмов эрготропной направленности при оценке вегетативной реактивности, определяемой по показателю мощности низкочастотного спектрального диапазона вариабельности сердечного ритма ( $p=0,001$ ). Субъективная оценка болевого синдрома наиболее тесно взаимосвязана с активностью когнитивного уровня вегетативной регуляции, определяемой по самооценки вегетативных изменений по вопроснику А.М. Вейна ( $p=0,00083$ ), и активностью надсегментарных вегетативных механизмов, определяемой по мощности низкочастотного спектрального диапазона вариабельности сердечного ритма ( $p=0,00122$ ).

У больных с желчнокаменной болезнью, с преобладающим влиянием местных билиарных факторов патогенеза, обнаружена умеренная взаимозависимость субъективной оценки боли и доминирующего сегментарного уровня вегетативной регуляции ( $p=0,0011$ ), определяемого по типу кардиоинтервалограммы, однако

отсутствовали выраженные взаимосвязи объективных характеристик боли и параметров топической составляющей патологического процесса (билиарной моторики и состояния стенки желчного пузыря).

Заключение: Преобладающее значение в формировании клинической симптоматики хронической билиарной патологии принадлежит факторам функциональной активности надсегментарного и сегментарных уровней вегетативной регуляции, морфологическому состоянию и характеру дисмоторики желчного пузыря. Субъективная оценка болевого синдрома более тесно взаимосвязана с факторами функционального и общего характера - активностью надсегментарного уровня вегетативной регуляции и симпатического отдела, характером дисмоторики желчного пузыря и демографическими факторами, а объективная оценка боли более тесно взаимосвязана с факторами морфологического состояния желчного пузыря. У больных с билиарной дисфункцией субъективная и объективная оценка боли более тесно взаимосвязана с функциональным состоянием коры головного мозга и надсегментарных вегетативных механизмов; у больных с желчнокаменной болезнью обнаружена умеренная взаимозависимость субъективной оценки боли и доминирующего сегментарного уровня вегетативной регуляции.